

## Herkenning en intramurale behandeling van ADHD in de verslavingszorg

Anne Goossensen • Geurt van de Glind • Pieter-Jan Carpentier • Riek Wijsen • Daniëlle van Duin • Sandra Kooij

**Abstract** Hoewel de term dubbele diagnose al langere tijd rondzingt, is het probleem van de juiste behandeling voor deze gecombineerde problemen nog niet volledig getackeld. Dubbele diagnose lijkt een heldere term, maar staat voor een variëteit aan combinaties van diverse verslavingsproblemen met diverse vormen van psychische problematiek. Het uiteenrafelen en protocolliseren van de diverse combinaties van problemen zou een weg kunnen zijn naar optimalisering van de zorg. Dit artikel wil een bijdrage leveren aan de herkenning van comorbiditeit van ADHD bij verslavingsproblemen. Het beschrijft de ontwikkeling, implementatie en procesevaluatie van een protocol voor diagnostiek en intramurale behandeling.

### Inleiding

‘Attention deficit hyperactivity disorder’ (ADHD) kent onder volwassenen een prevalentie van 1,0–2,5% in Nederland (Kooij e.a., 2005) en 4,4% in de Verenigde Staten (Kessler, 2004). Symptomen waar mensen met ADHD last van hebben, zijn aandachts- en

concentratieproblemen, hyperactiviteit of (interne) rusteloosheid en impulsief gedrag. Veel mensen met ADHD leiden onder snel wisselende stemmingen en irritatie, waardoor ze slechter presteren op school en in werksituaties. Comorbiditeit komt veel voor. Ongeveer 75% van de volwassenen met ADHD vertoont ook andere stoornissen (Kooij, 2003, 2004; Wilens, 2004). Het gaat om leerproblemen, angststoornissen (20–30%) of andere stemmingsstoornissen (20–30%), persoonlijkheidsstoornissen (25%) en afhankelijkheid van middelen (15–45%) (Biedermann e.a., 1993). Verder komen tics in het gezicht, autisme en gedragsstoornissen samen voor met ADHD (Ferdinand e.a., 1996).

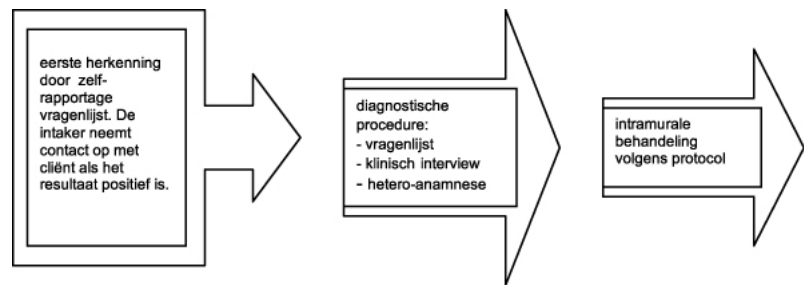
Al langer is bekend dat ADHD een belangrijke risicofactor is in het ontstaan en de ontwikkeling van verslavingsproblemen op volwassen leeftijd. In verschillende Amerikaanse studies is een verhoogde prevalentie van de stoornis onder verslaafde patiënten vastgesteld (Wilens, 2004). Toen wij zes jaar geleden met dit project begonnen, bleek de diagnose in de praktijk nog vrij onbekend te zijn en nauwelijks gesteld te worden. Naast een gebrek aan herkenning van ADHD en een tekort aan behandelexpertise, speelden ook ethische overwegingen een remmende rol. Er was terughoudendheid om medicatie (bijv. methylfenidaat) voor te schrijven vanwege het risico op verhandeling, misbruik en verslaving bij gebruik van het middel. Deze situatie maakte dat verslaafden in behandelcentra een behandeling voor ADHD misliepen waarvan de effectiviteit inmiddels is aangetoond, en daarmee ook een mogelijk betere prognose voor behandeling van de verslaving (Wilens e.a., 2005; Levin e.a., 1998; Spencer e.a., 1995; Schubiner e.a., 1995; Schubiner e.a., 2002; Mattes e.a., 1984).

Hoewel een diagnostisch en behandelprogramma voor volwassenen met ADHD was ontwikkeld (Kooij, 2003),

Anne Goossensen, en, (✉)

*Dr. A. Goossensen* is lector verslavingszorg aan de Hogeschool InHolland en senior onderzoeker aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van Erasmus MC te Rotterdam. E-mail: [anne.goossensen@inholland.nl](mailto:anne.goossensen@inholland.nl). *Drs. G. van de Glind* is onderzoeker bij het Trimbos-instituut te Utrecht. *Dr. P.-J. Carpentier* is psychiater bij Reinier van Arkel Groep te Den Bosch en bij Novadic-Kentron. *Drs. R. Wijsen* is psycholoog en regiomanager bij IrisZorg te Arnhem. *Drs. D. van Duin* is onderzoeker bij het Trimbos-instituut te Utrecht. *Dr. S. Kooij* is psychiater bij PsyQ, Afdeling Volwassenen ADHD, te Den Haag.

Figuur 1



bestonden er nog geen toepassingen voor de praktijk van verslavingsbehandeling. Ook ontbraken gegevens over de omvang van het probleem in Europa. In de Verenigde Staten werden percentages tussen 6,7 en 25 ADHD voor verslaafden in de zorg gevonden (Clure e.a., 1999; King, 1999; Schubiner e.a., 2000).

### Project

Om aan de lacune in de Nederlandse situatie tegemoet te komen, hebben we een project gestart met als doel het ontwikkelen van een protocol voor de opsporing, diagnostiek en intramurale behandeling van ADHD bij verslaafden. In dit artikel presenteren we het protocol in grote lijnen, alsmede enkele cijfers over opsporing en diagnostiek. Een expertpanel boog zich over de ontwikkeling van het protocol, waarbij drie typen van kennis als input werden gebruikt (conform Sackett, 2000): effectiviteitsgegevens ('evidence'), klinische expertise van professionals en waarden en voorkeuren van patiënten. Een uitgebreide literatuur-'search' werd uitgevoerd (Van de Glind e.a., 2001; Kooij e.a., 1999) om de 'evidence' te achterhalen. Klinische expertise werd gewaarborgd door participerende behandelaars. Bovendien participeerden de patiëntenvereniging en een patiënt met ADHD in het panel. Het protocol is te bestellen via het Trimbos-instituut (Van de Glind, 2004) en is te downloaden via [www.adhdbijvolwassenen.nl](http://www.adhdbijvolwassenen.nl).

Na de ontwikkeling vond een praktijktest van het protocol plaats in twee verslavingszorginstellingen. Gedurende tien maanden werd elke cliënt die binnenkwam standaard ondervraagd op ADHD-symptomen. Als ADHD werd vastgesteld, werd behandeling volgens het ontwikkelde protocol aangeboden.

### Protocol

Het ontwikkelde protocol bestaat uit twee delen: diagnostiek (zelfrapportagevragenlijst en vervolgdagnostiek) en behandeling. De behandeling is bedoeld als supplement op het standaardaanbod in de verslavingszorg (zie figuur 1).

### Diagnostiek

Bij de intake wordt een zelfrapportagevragenlijst van 23 items gebruikt (ADHD Rating Scale; Kooij 2005), bestaande uit alle achttien DSM-IV-items over aandachtsproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit. Drie vragen naar ADHD-symptomen tijdens de kindertijd werden toegevoegd ('Als kind was ik rusteloos', 'Als kind was ik impulsief', 'Als kind had ik concentratieproblemen'). Het afkappunt voor de volwassen periode is door ons gelegd bij vijf van de negen kenmerken van een van beide of van beide symptoomdomeinen (bij kinderen ligt het afkappunt op 6 van de 9). Cliënten met een uitkomst boven het vastgestelde afkappunt werden doorverwezen voor een consult met de psychiater. Dit bestaat uit de volgende onderdelen.

*Semi-structureerd psychiatrisch interview voor ADHD en andere comorbiditeit.* Onderwerpen zijn: huidige ADHD-symptomen, problemen met werk en relaties, geschiedenis van ADHD-gedrag, familiegeschiedenis, 'sensation seeking'-gedrag, gebruik van alcohol en illegale middelen, criminaliteit, fysieke conditie, slaapgedrag, eetgedrag, seksualiteit, depressie, angst, obsessieve/compulsieve gedragingen en andere comorbide problemen (Kooij, 2003).

*Door de behandelaar afgenomen versie van de ADHD Rating Scale.* Om huidige symptomen en ADHD-type vast te stellen.

*Gestructureerd diagnostisch interview (DSM-IV) met familieleden (heteroanamnese).* Dit werd 'face to face' of telefonisch afgenomen. Ter ijkning van de informatie wordt uit zoveel mogelijk bronnen informatie verzameld over de jeugd, dus ook rapporten van de lagere school en herinneringen van cliënt zelf, naast het verhaal van de ouders. Over het algemeen wordt redelijke overeenstemming gevonden tussen anamnestiche en heteroanamnestiche gegevens (zowel verkregen in een gesprek als telefonisch).

### Behandeling

Voor een geïntegreerde behandeling van ADHD en verslaving kwamen cliënten in aanmerking die aan ADHD-

diagnose kregen, *babstinent* waren van alcohol en drugs, cindien nodig behandeld waren voor ernstige psychiatrische comorbiditeit (zoals angst en depressie), en *dschrijft* telijk toestemming gaven. Het expertpanel besloot dat het behandelprotocol uit vier interventies diende te bestaan: educatie, medicatie, coaching en lotgenotencontact. Het protocol schrijft voor dat deze onderdelen gelijktijdig en geïntegreerd aangeboden dienen te worden.

Aangezien studies over ADHD bij verslaving nog schaars zijn, is het protocol vooral gebaseerd op de gepubliceerde ‘expert opinion’. Voor de medicatie werd de meeste onderbouwing gevonden, in termen van onderzoekspublicaties over bewezen effectiviteit (weliswaar niet bij volwassenen met verslavingsproblemen). Voor de andere onderdelen van het behandelprotocol vonden we geen gecontroleerde studies.

Ten tijde van de ontwikkeling van het protocol vonden we weinig ondersteuning voor te verwachten effecten van cognitieve gedragstherapie bij volwassenen met ADHD (McDermott, 2000). We hebben daarom geen aparte module hierover in het behandelprotocol opgenomen. Meer recentelijk zijn er aanwijzingen gevonden dat cognitieve gedragstherapie werkzaam zou zijn onder volwassenen met ADHD (Safren e.a., 2005). Elementen van deze benadering (McDermott, 2000; Safren e.a., 2005) zijn opgenomen in de coachingmodule.

*(Psycho-)educatie.* Dit onderdeel betreft het verstrekken van begrijpelijke informatie over ADHD, symptomen, consequenties en behandelopties. Verschillende professionals verschaffen gedurende de behandeling psycho-educatie op vaste momenten: tijdens de intake, tijdens het diagnostisch interview, gedurende de behandeling en bij ontslag. Er wordt ook informatiemateriaal uitgereikt, zowel voor de cliënt als de familie.

*Farmacotherapie.* De basis van de behandeling van ADHD bij volwassenen is medicatie. Het doel is stabilisatie van de hinderlijke symptomatologie, met vermindering van rusteloosheid, aandachtsproblemen en impulsiviteit (MTA Cooperative Group, 1999; Wilens, 2003). Een positieve invloed van medicatie voor ADHD op het verloop van middelenafhankelijkheid werd vastgelegd in casereports, maar is nog niet bestudeerd in een gecontroleerd experiment (Levin, 1999; Castaneda e.a., 2000; Somoza e.a., 2004). De meest voorgeschreven middelen bij volwassenen met ADHD zijn methylfenidaat (merknaam: Ritalin®) en dexamphetamine bij volwassenen met ADHD. Langere-termijn-‘trials’ van methylfenidaat ondersteunen de effectiviteit van deze stimulantia (Wilens e.a., 2003). Bupropion (Zyban®) en atomoxetine (Strattera®) zouden goede toekomstige alternatieven kunnen zijn (Wilens e.a., 2005), alhoewel bupropion nog niet geregistreerd is in Nederland en lange-

termijnervaring ontbreekt. Atomoxetine (Strattera®) en de langzame-afgiftepil Concerta® waren nog niet beschikbaar in Nederland gedurende dit project.

Het kortwerkende methylfenidaat (Ritalin®) wordt in het protocol als eerste keuze vermeld. De medicatie wordt ingevoerd en getitreerd naar een stabiele dosis gedurende twee weken. In de eerste week wordt dagelijks om de vier uur 0,5 mg/kg gegeven, in vier doses. In de tweede week worden vier doses van dagelijks 0,75 mg/kg aangeraden. Hierna wordt een optimale dosering gezocht met een maximum van dagelijks 1 mg/kg. Tijdige toediening van de medicatie is bijzonder belangrijk. Om dit te ondersteunen kunnen ‘timers’ worden verstrekt. Gedurende behandeling kan tijdige inname ondersteund worden door verpleegkundigen, die tevens regelmatig hartritme, bloeddruk en gewicht nagaan.

Het middel van tweede keuze is imipramine, verstrekt in een dosering van 75–150 mg per dag, ook langzaam ingevoerd en getitreerd tot een dosis die symptomen vermindert, mede op geleide van de bloedspiegel. Het controleren van urine op illegaal druggebruik wordt aanbevolen.

*Coaching.* Het onderdeel coaching bestaat uit een training in vaardigheden voor het dagelijks leven. ADHD-symptomen kunnen problemen veroorzaken in het dagelijks leven, bijvoorbeeld bij het plannen, omgaan met financiën, sociale omgangsvormen en bij werk. De coachingsmodule beschrijft hoe vaardigheden op deze gebieden geoefend kunnen worden. Er worden wekelijks doelen gesteld en in groepssessies of individueel wordt verslag gedaan van vorderingen.

*Lotgenotencontact.* Het doel van lotgenotencontact is het uitwisselen van ervaringen met betrekking tot onder meer symptomen, medicatiegebruik en ‘craving’. Het aanwijzen van een (professionele) gespreksleider met als taak het structureren van de discussie is zinvol.

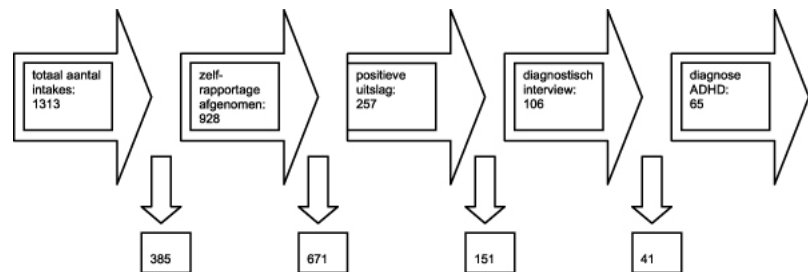
## Toepassing

Gedurende die periode waren er 1.313 aanmeldingen. Van deze cliënten vulden er 928 (70,6%) de zelfrapportagevragenlijst met ADHD-symptomen in. De gemiddelde leeftijd was 36 jaar en 19,7% was van het vrouwelijk geslacht.

207 van de 928 cliënten (22%) kregen een positieve uitslag en werden doorverwezen voor vervolgdagnostiek. Deze werd uitgevoerd op de centrumlocatie door een psychiater of een getrainde psycholoog of arts. Van de 207 doorverwezen cliënten kwamen er 115 (56%) opdagen voor verdere diagnostiek. Vervolgens vielen negen cliënten af vanwege niet correct ingevulde formulieren. Zo bleven er 106 cliënten over, bij wie er 65 een diagnose ADHD gesteld werd (61,3%).

**Tabel 1**

Verslavingszorginstelling	Intakes	Zelfrapportagevragenlijsten		Positieve resultaten van zelfrapportage bij intake	
		Aantal	%	Aantal	%
Instelling 1 (6 locaties)	827	583	70,5	107	18,4
Institution 2 (6 locaties)	486	345	70,9	100	28,9
Alle	1.313	928	70,7	207	22,3

**Figuur 2**

### Evaluatie van de protocollen

Gedurende tien maanden zijn het diagnostisch protocol en het intramurale behandelprotocol uitgetoetst op veertien afdelingen, behorend tot twee grote verslavingszorginstellingen: De Brijder Stichting in Noord-Holland en De Grift in Oost-Nederland (namen zijn inmiddels veranderd).

### Evaluatie

Er werd een procesevaluatie uitgevoerd, met als doel de protocollen te verbeteren. Hoewel er geen uitkomstdata verzameld zijn, signaleerden de betrokken behandelaars dat ADHD-patiënten geïdentificeerd konden worden en het mogelijk was om binnen de intramurale behandeling medicatie voor ADHD veilig te gebruiken. Er waren geen indicaties van verhoogde uitval gedurende de ADHD-behandeling. Wat betreft de benodigde tijd: het invullen van het screeningsformulier kostte een cliënt ongeveer tien minuten. De intaker besteedde gemiddeld 4,4 minuten aan het scoren. Het uitvoeren van de diagnostische vervolprocedure kostte gemiddeld 87,5 minuten per cliënt. In het kader van een kwantitatieve evaluatie beschrijven we eerst elke stap van het project (zie figuur 2).

Bij 385 nieuwe cliënten kon geen ADHD-screening uitgevoerd worden, doordat niet alle afdelingen gelijktijdig met screenen begonnen. Er waren slechts enkele weigeringen. Dat we bij deze zelfrapportagevragenlijst een groot aantal vals-positieve uitkomsten vonden, hangt samen met de symptomen van ADHD in het hier en nu, die overlap vertonen met verslavingsgedrag. Bij

het stellen van de diagnose ADHD spelen heteroanamnestische gegevens een belangrijke onderscheidende rol.

De 207 cliënten met een positieve screening werden doorverwezen voor verdere diagnostiek. Slechts 106 van hen doorliepen deze stap volledig. Hoge uitval in vervolgafspraken is niet ongevoel in de verslavingszorg. We achten het niet onmogelijk dat deze uitval mede veroorzaakt wordt door het ziektebeeld. Aandachts- en organisatieproblemen zijn typerend voor mensen met ADHD en verslavingssymptomen.

Een tweede oorzaak voor de uitval was dat bij sommige locaties cliënten voor het diagnostisch onderzoek vanuit de ene stad naar de hoofdvestiging in een andere stad moesten reizen. Ook dat veroorzaakte uitval. Mogelijk is het percentage gevonden ADHD-diagnoses een conservatieve schatting van de werkelijke prevalentie onder verslaafden.

Doordat we geen nader onderzoek hebben gedaan naar cliënten met een negatieve uitslag op de vragenlijst, kunnen er geen conclusies getrokken worden over de sensitiviteit en specificiteit van de diagnostische procedure. Dit was ook niet de opzet van deze studie. In de verwijzing voor verdere diagnostiek naar ADHD werd bewust gekozen voor een lage drempel om het risico op vals-negatieve screeningsuitslagen te minimaliseren en meerdere patiënten de mogelijkheid van uitgebreide diagnostiek te bieden. Dit kan het beperkte aantal positieve diagnoses (ca. twee derde) onder de positief gescreende patiënten helpen verklaren.

Na diagnostiek ontving ongeveer de helft van de cliënten behandeling volgens het protocol. De voorwaarde was dat dit intramuraal moest plaatsvinden. Voor een deel van de cliënten was de drempel om zich te laten opnemen te hoog; zij zagen van verdere behandeling af.

Op grond van deze inzichten is een ambulant protocol ontwikkeld. Het diagnostische en intramurale behandelprotocol zijn op kwalitatieve wijze geëvalueerd door focusgroepen met cliënten ( $N = 12$ ) en staf ( $N = 35$ ). De algemene bevinding was voornamelijk positief. Het diagnostisch onderzoek en de behandeling van ADHD werden als waardevol benoemd, zowel door cliënten als door professionals.

Als resultaat gaven de professionals aan ADHD nu beter te herkennen. Het kwam vaker voor dan zij hadden verwacht. Ze vonden de zelfrapportagevragenlijst bruikbaar, maar deze moest wel worden uitgebreid. Ook voor de kindertijd moesten alle 23 vragen worden gecheckt. Ook werd de invulinstructie verbeterd, en werd er meer begeleiding aangeraden bij het invullen. Het uitvoeren van de vervolgdagnostiek werd als moeilijk ervaren. Door de overlappende symptomen en ontbrekende informatie van familie was het moeilijk om de diagnose te stellen. Hoewel de testfase relatief kort was (tien maanden), onderschreef 90% van de 47 ondervraagde professionals de eerste-keuzemedicatie methylfenidaat binnen de intramurale setting. Naar aanleiding van de evaluatie zijn de psycho-educatie, coaching en lotgenotencontactmodules verder uitgewerkt. Ook werd een begin gemaakt met het verbeteren van informatie aan partners en familie.

Gedurende de praktijktest werd tevens duidelijk dat de herkenning van ADHD een belangrijke prikkel was om abtinent te worden. De geïnterviewde patiënten meldden opgelucht te zijn door de diagnose ADHD. Het gaf hun een verklaring voor een leven vol mislukkingen. Voor acht van de twaalf geïnterviewde patiënten was het de eerste keer dat ADHD werd gediagnosticeerd. Door de herkenning van ADHD en de mogelijkheden van behandeling kregen cliënten een beter toekomstperspectief en het motiveerde hen om te stoppen met middelengebruik om het effect van de medicatie te kunnen ervaren.

## Discussie

In dit project is een begin gemaakt met de herkenning van ADHD bij cliënten in de verslavingszorg en het aanbieden van een passende behandeling. Dit vormt een aanzet voor een naar verwachting betere behandelprognose van een groep cliënten met dubbele-diagnoseproblematiek. Voor ons project bestond er geen indicatie van de prevalentie van ADHD onder mensen in de verslavingszorg. Als we de prevalentiegegevens met schattingen doorberekenen, komt ADHD voor bij ten minste 12% van de verslaafden in ons project. Dit is voldoende aanwijzing om het probleem serieus te nemen. Het is een hoog

percentage, gegeven dat ADHD - indien niet goed gediagnosticeerd - de behandeluitkomsten in de verslavingszorg kan ondermijnen. Vanwege te veel ontbrekende data in ons project kunnen we geen gedegen prevalentiecijfer geven, dus nader onderzoek naar de ware prevalentie van ADHD onder verslaafden is nodig.

Toch moet worden benadrukt dat deze schatting volledig in overeenstemming is met de gegevens uit de (Amerikaanse) literatuur, hetgeen het vermoeden van een verhoogde prevalentie van ADHD onder Europese verslaafde patiënten bevestigt. Onze cijfers geven aan dat bij 20% van de aanmeldingen de zelfrapportagevragenlijst positief was. En dat op 61% van de patiënten die voor vervolgdagnostiek kwamen opdagen daadwerkelijk een ADHD-diagnose van toepassing was. We weten niet hoeveel cliënten we ten onrechte niet verder onderzoeken op ADHD, maar de praktijk geeft geen aanleiding tot ongerustheid op dit vlak. Er komen weinig aanvragen voor vervolgdagnostiek.

Hoe de aard van ADHD en verslaving precies samenhangen is niet helder. Beide zijn chronische ziekten, met mogelijk overerfbare invloeden. Als de ADHD niet herkend en behandeld wordt, kan alcohol- of drugsgebruik optreden, als poging om de ADHD-symptomen te reduceren (zelfmedicatiehypothese). Als ADHD wel wordt herkend en behandeld vanaf de jeugd, is aangetoond dat het risico's op middelenafhankelijkheid vermindert (Biedermann e.a., 1999; Wilens e.a., 2003). Dat het om een gecompliceerde relatie tussen de twee stoornissen gaat, wordt onderstreept door de observatie dat 'conduct disorder' een interveniërende factor tussen ADHD en middelenafhankelijkheid kan zijn (Lynskey & Hall, 2001).

Dit project bestond uit het ontwikkelen en testen in de praktijk van een protocol. De invloed van de verbeterde opsporing en behandeling van ADHD op het verloop van de verslavingssymptomen is niet geëvalueerd. Vanwege de positieve reactie van cliënten en professionals verwachten we een gunstig effect. Omdat we werkten aan pragmatische oplossingen ter verbetering van de herkenning en behandeling van ADHD in de verslavingszorg, zijn wetenschappelijke en meer complexe vragen niet aan bod gekomen. Vervolgonderzoek, waaronder een 'randomized controlled trial', is op handen. Dit project heeft inmiddels al een vervolg gekregen door ontwikkeling van een protocol voor ambulante behandeling van ADHD. Dat is ook geëvalueerd. Tevens is er een implementatieproject naar meer instellingen uitgevoerd.

De beperking van de huidige studie is dat hiermee geen duidelijke uitspraken mogelijk zijn over de kwaliteit van de geboden diagnostiek en het effect van de behandeling op het verdere verloop en de prognose van de verslaving. Hiervoor was een meer uitgebreide studie noodzakelijk

geweest. De huidige studie heeft zich geconcentreerd op de eerste ervaringen met een systematisch behandelprotocol voor een inderdaad veel voorkomende stoornis bij verslaafden. Op basis van onze gegevens zou het verleidelijk kunnen zijn om conclusies te trekken over de kwaliteit van het screeningsinstrument. Er waren veel cliënten bij wie, ondanks een positieve uitslag op de zelfrapportagevragenlijst, toch niets aan de hand bleek te zijn. In hoeverre we cliënten met ADHD gemist hebben, is onbekend.

Het zijn niet alleen de ontbrekende data waardoor we terughoudend zijn over dit onderwerp. Het vaststellen van ADHD bij volwassenen is moeilijk; het vaststellen van ADHD bij volwassenen met verslavingsproblematiek is moeilijker. En ADHD vaststellen bij volwassenen die onder invloed zijn, is bijzonder moeilijk. De verwachting dat een zelfrapportagevragenlijst hier een zuiver onderscheid kan maken tussen wel of geen diagnose ADHD, is te hoog gegrepen. We zijn blij dat er methoden worden ontwikkeld voor de herkenning en behandeling van ADHD. Een vragenlijst die hieraan een bijdrage kan leveren, heeft een belangrijke functie. Het verbeteren van de methodologische eigenschappen van de lijst is belangrijk en moet opgepakt worden. Meer onderzoek is nodig ter verheldering, maar dit mag niet ten koste gaan van een belangrijke beweging die in gang is gezet: die van een (noodzakelijke) alertheid op ADHD bij verslavingsproblemen.

## Tot besluit

Afsluitend kunnen we stellen dat met de realisering van dit project een ontwikkeling op gang is gekomen, die leidt tot een betere herkenning van het probleem. Met het ontwerpen van het protocol is een eerste stap gezet in de ontwikkelreeks naar een op effectiviteit getoetste interventie.

### Dankbetuiging

Voor hun inzet en bijdragen aan dit project danken we de betrokken verslavingszorginstellingen De Brijder Stichting (inmiddels Brijder Verslavingszorg, onderdeel van de Parnassia Groep) en het Gelders Centrum voor Verslavingszorg De Grift (inmiddels: IrisZorg). We danken alle respondenten, betrokken professionals en leden van het expertpanel. Onze dank gaat in het bijzonder uit naar Joost Vrasdonk, Dion Kobussen en Thomas McLellan. Het *Journal of Substance Abuse Treatment* wordt bedankt voor de toestemming om de informatie uit het Engelstalige artikel over dit project in het Nederlands te publiceren. Het project werd gefinancierd door ZonMw (subsidienummer 310-00-029).

## Literatuur

- Biederman, J., Faraone, S.V., & Spencer, T. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1792–1798.
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Spencer, T., & Faraone, S.V. (1999). Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics*, 104, 1–5.
- Castaneda, R., Levy, R., Hardy, M., & Trujillo, M. (2000). Long-acting stimulants for the treatment of attention-deficit disorder in cocaine-dependent adults. *Psychiatric Services*, 51, 169–71.
- Clure, C., Brady, K.T., Saladin, M.E., Johnson, R., & Rittenbury, M. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use: symptom pattern and drug choice. *American Journal on Drug and Alcohol Abuse*, 25, 441–448.
- Ferdinand, R.F., & Verhulst, F.C. (1996). The prevalence of self-reported problems in young adults from the general population. *Sociological Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 31, 10–20.
- Glind, G. van de, Eland A., & Janssen, M. (2001). ADHD en verslaving. Een literatuuronderzoek naar de samenhang tussen ADHD en verslavingsproblemen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 6, 537–555.
- Glind, G. van de, Kooij J.J.S., Duin, D. van, Goossensen, A., & Carpentier, P.J. (2004). *Protocol ADHD bij verslaving. Screening, diagnostiek en behandeling voor de ambulante en klinische verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kessler, R.C. (2004). Prevalence of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Presented at the 2004 annual meeting of the American Psychiatric Association.
- King, V.L. (1999). Attention deficit disorder and treatment outcome in opioid abusers entering treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 487–495.
- Kooij, J.J.S. (2003). *ADHD bij volwassenen. Inleiding in diagnostiek en behandeling* (2e dr.). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kooij, J.J.S., Buitelaar, J.K., & Tilburg, W. van (1999). Voorstel voor diagnostiek en behandeling van aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) op volwassen leeftijd. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 349–358.
- Kooij, J.J.S., Burger, H., Boonstra, A.M., Linden, P.D. van der, Kalma, L.E., & Buitelaar, J.K. (2004). Efficacy and safety of methylphenidate in 45 adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). A randomised placebo-controlled double-blind cross-over trial. *Psychological Medicine*, 34, 973–981.
- Kooij, J.J.S., Oord, E.J. van den, Buitelaar, J.K., Furer, J.W., Rijnders, C.A.Th., & Hodiament, P.P.G. (2005). Internal and external validity of attention-deficit/hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine*, 35, 817–827.
- Levin, F.R., Evans, S.M., & Kleber, H.D. (1999). Practical guidelines for the treatment of substance abusers with adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Services*, 50, 1001–1003.
- Levin, F.R., Evans, S.M., McDonnell, D.M., & Kleber, H.D. (1998). Methylphenidate treatment for cocaine abusers with adult attention-deficit hyperactivity disorder. A pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 300–305.
- Lynskey, M.T., & Hall, W. (2001). Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders: is there a causal link? *Addiction*, 96, 815–822.

- Mattes, J.A., Boswell, L., & Oliver, H. (1984). Methylphenidate effects on symptoms of attention deficit disorder in adults. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1059–1063.
- McDermott, S.P. (2000). Cognitive therapy in adults with ADHD. In Th.E. Brown (Ed.), *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults* (pp. 361–387). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal treatment study of children with ADHD. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073–1086.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W., & Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based medicine. How to practise and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Safren, S.A., Otto, M.W., Sprich, S., Winett, C.L., Wilens, T.E., & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behavioural Research and Therapy*, 43, 831–842.
- Schubiner, H., Saules, K.K., Arfken, C.L., Johanson, C.E., Schuster, C.R., Lockhart, N., Edwards, A., Donlin, J., & Pihlgren, E. (2002). Double-blind placebo-controlled trial of methylphenidate in the treatment of adult ADHD patients with comorbid cocaine dependence. *Experimental Clinical Psychopharmacology*, 10, 286–294.
- Schubiner, H., Tselepis, A., Isaacson, L.H., Warbasse, M., & Musial, J. (1995). The dual diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse: case reports and literature review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 146–150.
- Schubiner, H., Tselepis, A., Milberger, S., Lockhart, N., Kruger, M., Kelley, B.J., & Schoener, E.P. (2000). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 244–251.
- Somoza, E.C., Winhusen, T.M., Bridge, T.P., Rotrosen, J.P., Vanderburg, D.G., Harrer, J.M., Mezinskas, J.P., Montgomery, M.A., Ciraulo, D.A., Wulsin, L.R., & Barrett, J.A. (2004). An open-label pilot study of methylphenidate in the treatment of cocaine dependent patients with adult attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Addiction Disorders*, 23, 77–92.
- Spencer, T., Wilens, T.E., Biederman, J., Faraone, S.V., Ablon, S., & Lapey, K. (1995). A double-blind, crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood-onset attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 52, 434–443.
- Wilens, T.E. (2003). Drug therapy for adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Drugs*, 63, 2395–2411.
- Wilens, T.E. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatric Clinics North America*, 27, 283–301.
- Wilens, T.E., Faraone, S.V., Biederman, J., & Gunawardene, S. (2003). Stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, 111, 179–185.
- Wilens, T.E., Haight, B.R., Horrigan, J.P., Hudziak, J.J., Rosenthal, N.E., Connor, D.F., Hampton, K.D., Richard N.E., & Modell, J.G. (2005). Bupropion XL in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled study. *Biological Psychiatry*, 57, 793–801.